



### Hoja informativa sobre la restauración del honor

- Autoriza al Departamento de Servicios para Veteranos del Estado de Nueva York (New York State Department of Veterans' Services, NYS DVS) a restablecer los beneficios estatales para veteranos a los veteranos que tienen una baja no honorable (OTH) o general (bajo condiciones honorables) debido a trastorno de estrés postraumático (PTSD), lesión cerebral traumática (TBI), trauma sexual militar (MST), orientación sexual, o identidad de género o expresión de género.
- No modifica el carácter oficial de la baja de un veterano expedida por el gobierno federal.
- Considera solo el tiempo del veterano en el servicio, no la conducta después del servicio
- NYS DVS ayudará a los veteranos a acceder a su expediente oficial de personal militar.
- NYS DVS otorgará "consideración liberal", y empleará los estándares descritos por los Memorandos Hagel, Carson y Kurta emitidos por el Departamento de Defensa (Department of Defense) de los Estados Unidos, a todas las pruebas que el veterano proporcione. Si el veterano puede demostrar que PTSD, TBI, MST, orientación sexual, o identidad o expresión de género fue al menos tan probable como no la razón de la baja general u OTH del veterano del servicio militar, entonces el NYS DVS resolverá el asunto a favor del veterano.
- El NYS DVS ofrecerá un proceso de apelación a los veteranos a los que se les deniegue la solicitud. La revisión *de novo* de la apelación la hará la dirección de la Unidad de Apelación de NYS DVS, junto con el asesor jurídico general del NYS DVS.
- Una lista de los beneficios del estado de Nueva York que el veterano ahora cumplirá los requisitos de carácter de baja estará disponible para ellos después de una decisión favorable.



## Instrucciones para la restauración de beneficios estatales para veteranos

En 2019, la Ley de Restauración del Honor se convirtió en ley en el estado de Nueva York. La Ley de restauración del honor autoriza al Departamento de Servicios para Veteranos del Estado de Nueva York (NYS DVS) a restaurar el acceso a los beneficios estatales para veteranos a los veteranos que tienen una baja no honorable (OTH) o una baja general bajo condiciones honorables debido a trastorno de estrés postraumático (PTSD), lesión cerebral traumática (TBI), trauma sexual militar (MST), orientación sexual o identidad de género a una baja honorable.

Esto no cambia el carácter oficial de la baja de un veterano en su documentación de baja. Esta determinación se refiere únicamente al carácter de la baja de un veterano para los fines de calificar para beneficios específicos del estado de Nueva York para veteranos y sus familias.

NYS DVS proporcionará una decisión inicial dentro de los 90 días siguientes a la recepción de la solicitud completa.

Cuando sea necesario, NYS DVS ayudará a los veteranos a obtener el expediente oficial de personal militar completo y sin editar, cuya revisión es necesaria para que NYS DVS tome una decisión sobre la solicitud del veterano. Tenga en cuenta que los 90 días que tiene NYS DVS para tomar una decisión no comenzarán hasta que NYS DVS tenga en su poder la solicitud completa para incluir el expediente oficial de personal militar completo y sin editar.

Una vez que NYS DVS emita una decisión, el veterano tendrá 120 días a partir de la fecha en que se emita la decisión para apelar la decisión original. Esta revisión de novo la hará la dirección de la Unidad de Apelación de NYS DVS, junto con el asesor jurídico general del NYS DVS. La decisión de apelación será definitiva.



## Paquete de solicitud:

### Obligatorio

1. Solicitud de restauración de beneficios estatales para veteranos
2. Expediente oficial de personal militar completo
3. Declaración personal (firmada) en la que se describa con precisión por qué el carácter de servicio que se le asignó fue injusto y por qué es apropiada una mejora a un carácter de servicio superior.
4. Si corresponde, una carta de adjudicación del Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos que verifique que tiene una calificación relacionada con el servicio para su discapacidad.

Solo aplicable para aquellos que demuestren que la baja menos que honorable fue causada por una condición de salud mental (es decir, PTSD, TBI, MST) durante el servicio:

1. Si los síntomas de una discapacidad contraída o agravada durante su servicio militar (por ejemplo, trastorno de estrés postraumático, lesión cerebral traumática, trauma sexual militar) lo llevaron a actuar de una manera que condujo directamente a su baja menos que honorable, proporcione:

- (a) Prueba del diagnóstico médico de la discapacidad (o discapacidades) que provocaron esas acciones;
- (b) Prueba de que su discapacidad se originó o empeoró durante su servicio militar;
- (c) Explicación firmada por el veterano de cómo la discapacidad médica diagnosticada (o discapacidades) condujo a la baja menos que honorable;
- (d) Si corresponde, una carta de adjudicación del Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos que verifique que tiene una calificación relacionada con el servicio para su discapacidad.

### Opcional

Cartas de apoyo de personas que puedan responder sinceramente de la buena conducta y el carácter del veterano en el ejército.

Pruebas de las medallas, menciones y condecoraciones obtenidas durante el servicio militar.

Las solicitudes deben enviarse a la siguiente dirección o correo electrónico:



**Department of  
Veterans' Services**

**New York State Department of Veterans' Services  
ATTN: Appellate Unit  
2 Empire State Plaza, 17th Fl Albany,  
NY 12223**

Correo electrónico: [inclusion@veterans.ny.gov](mailto:inclusion@veterans.ny.gov)

Las preguntas legales sobre la aplicación de los beneficios de la Restauración del Honor pueden enviarse a: [generalcounsel@veterans.ny.gov](mailto:generalcounsel@veterans.ny.gov)



**Department of  
Veterans' Services**

Solicitud de restauración de beneficios estatales para veteranos

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Rama del servicio: \_\_\_\_\_

Fechas en que  
prestó servicio: \_\_\_\_\_

Estado de la baja: \_\_\_\_\_

Motivo para restaurar los beneficios estatales para veteranos:

- Trastorno de estrés postraumático (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)
- Lesión cerebral traumática (Traumatic Brain Injury, TBI)
- Trauma sexual militar (Military Sexual Trauma, MST)
- Orientación sexual
- Expresión de género

¿Necesita ayuda para acceder a su expediente oficial de personal militar? (Si selecciona "sí", llene la información e incluya el SF-180)

- Sí     No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enviar a:  
New York State Department of Veterans' Services  
ATTN: Appellate Unit  
2 Empire State Plaza, 17th Fl  
Albany, NY 12223

Correo electrónico: [inclusion@veterans.ny.gov](mailto:inclusion@veterans.ny.gov)

## SOLICITUD RELATIVA A LOS EXPEDIENTES MILITARES

Las solicitudes de veteranos o parientes más cercanos de veteranos fallecidos pueden presentarse en línea utilizando eVetRecs en <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/>

Para garantizar el mejor servicio posible, lea detenidamente las instrucciones adjuntas antes de llenar este formulario.  
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA ABAJO.

### SECCIÓN I - INFORMACIÓN NECESARIA PARA ENCONTRAR LOS EXPEDIENTES

(Proporcione tanta información como sea posible).

1. NOMBRE USADO DURANTE EL SERVICIO (apellido, nombre, segundo nombre)		2. N.º DE SEGURO SOCIAL		3. FECHA DE NACIMIENTO		4. LUGAR DE NACIMIENTO	
5. SERVICIO, PASADO Y PRESENTE (Para una búsqueda eficaz de los expedientes, es importante que se muestren abajo TODOS los servicios).							
	RAMA DEL SERVICIO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	OFICIAL	RECLUTA DO	NÚMERO DE SERVICIO (Si lo desconoce, escriba "desconocido")	
a. ACTIVO	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. RESERVA	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. GUARDIA NACIONAL ESTATAL				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. ¿FALLECIÓ ESTA PERSONA?  NO  SÍ - **DEBE** proporcionar la fecha de fallecimiento si el veterano falleció: \_\_\_\_\_

7. ¿SE **RETIRÓ** ESTA PERSONA DEL SERVICIO MILITAR?  NO  SÍ

### SECCIÓN II - INFORMACIÓN O DOCUMENTOS SOLICITADOS

#### 1. MARQUE LOS ARTÍCULOS QUE ESTÁ SOLICITANDO:

**Formulario 214 de DD o equivalente.** Años en los que se emitieron los formularios al veterano: \_\_\_\_\_

Este formulario contiene información que normalmente se necesita para verificar el servicio militar. Se puede enviar una copia al veterano, a los parientes más cercanos del veterano fallecido o a otras personas u organizaciones, si así se autoriza en la Sección III, abajo. **Por lo general, se exige un DD214 SIN BORRAR para determinar la elegibilidad para beneficios.** Si solicita una copia BORRADA, se tacharán los siguientes artículos: autoridad para la separación, motivo de la separación, código de elegibilidad para la reincorporación, código de separación (SPD/SPN) y, para las separaciones después del 30 de junio de 1979, carácter de la separación y fechas del tiempo perdido.

**Se enviará una copia SIN BORRAR A MENOS QUE USTED ESPECIFIQUE UNA COPIA BORRADA si marca esta casilla:**  Quiero una copia **BORRADA**.

**Expedientes médicos.** Incluye los registros de tratamiento de servicios, médicos (ambulatorios) y dentales. **SI ESTÁ HOSPITALIZADO (paciente hospitalizado), el NOMBRE DEL CENTRO y la FECHA (mes y año) de CADA ingreso SE DEBEN proporcionar:** \_\_\_\_\_

**Otro (Especifique):** \_\_\_\_\_

2. **PROPÓSITO:** (Facilitar información sobre el propósito de la solicitud es **estrictamente voluntario**; sin embargo, puede ayudar a proporcionar la mejor respuesta posible y puede dar lugar a una respuesta más rápida. La información facilitada no se utilizará en ningún caso para tomar la decisión de rechazar la solicitud).

Beneficios (explique)  Empleo  Programas de préstamos de VA  Médico  Genealogía  Corrección  Personal  Otro (explique):

Explique aquí: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN III - REMITENTE Y FIRMA

#### 1. NOMBRE DEL SOLICITANTE:

2.  Soy el MIEMBRO DEL SERVICIO MILITAR O VETERANO identificado en la Sección I, arriba.  Soy el TUTOR LEGAL DEL VETERANO (**DEBE presentar copia del nombramiento judicial**) o REPRESENTANTE AUTORIZADO (**DEBE presentar copia de la carta de autorización o poder notarial**)  OTRO

Soy el PARIENTE MÁS CERCANO DEL VETERANO FALLECIDO (**DEBE presentar certificado de defunción. Consulte el artículo 2a de la hoja de instrucciones.**)

(Relación con el veterano fallecido)

(Especifique el tipo de otro)

#### 3. ENVÍE LA INFORMACIÓN/DOCUMENTOS A:

(Escriba en letra de molde o a máquina. Consulte el artículo 4 sobre las instrucciones adjuntas).

#### 4. FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Declaro (o certifico, verifico o afirmo)

**bajo pena de perjurio en virtud de las leyes de los Estados Unidos de América que la información de esta Sección III es verdadera y correcta y que autorizo la revelación de la información solicitada.** (Consulte los artículos 2a o 3a de la hoja de instrucciones adjunta. Sin la firma de autorización del veterano, pariente más cercano del veterano fallecido, tutor legal del veterano, agente gubernamental autorizado u otro representante autorizado, solo se puede revelar información limitada, a menos que la solicitud sea de archivo. No es necesaria la firma si la solicitud es de archivo).

Nombre

Calle

Apto.

Ciudad

Estado

Código postal

\* Este formulario está disponible en <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/standard-form-180.html> en el sitio web de la Administración Nacional de Archivos y Registros (NARA). \*

---

**Firma obligatoria** - No imprimir

**Fecha**

---

Teléfono para llamar durante el día

Número de fax

---

Dirección de correo electrónico